

# California Dental Network, Inc.

23291 Mill Creek Drive, Suite 100, Laguna Hills, CA 92653

## Formulario de reclamo por cancelación de cobertura médica

### INFORMACIÓN DEL AFILIADO

Nombre del afiliado: \_\_\_\_\_ Género:  Masculino  Femenino  Otro

Nombre de padre/madre/tutor (si se completa para un menor de edad): \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del afiliado: \_\_\_\_\_ Nro. de afiliado: \_\_\_\_\_

Dirección postal del afiliado: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal del afiliado: \_\_\_\_\_

Teléfono de día: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono de noche: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Empleador (si corresponde): \_\_\_\_\_

Nombres de todas las personas inscritas afectadas: \_\_\_\_\_

Nro. de identificación de suscripción de todas las personas inscritas afectadas: \_\_\_\_\_

Nombre del plan médico: \_\_\_\_\_

Nro. de identificación de Medi-Cal (si corresponde): \_\_\_\_\_

Nro. de Id. de Medicare o Medicare Advantage (si corresponde): \_\_\_\_\_

Grupo médico (si corresponde): \_\_\_\_\_

Firma del afiliado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN DEL RECLAMO

#### **Si corresponde:**

Fecha en que el afiliado recibió el aviso de que la cobertura había finalizado o finalizará: \_\_\_\_\_

Fecha en que el afiliado presentó un reclamo ante otra entidad ajena al DMHC: \_\_\_\_\_

#### **Si corresponde, proporcione lo siguiente:**

Copias de los avisos del plan y correspondencias recibidos, si corresponde

Copias de correspondencias enviadas por el afiliado

Copias de prueba de pago del último período de cobertura pagado

### DIVULGACIÓN MÉDICA

Solicito que el Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) tome una decisión sobre el problema que tengo con mi plan. Solicito que el DMHC revise mi Formulario de reclamo por cancelación de cobertura médica para determinar si mi reclamo reúne los requisitos para el proceso de queja del consumidor de DMHC. Les doy permiso a mis proveedores, previos y actuales, y a mi plan a divulgar mis expedientes médicos y mi información para revisar este asunto. Estos expedientes pueden incluir informes médicos, de salud mental, consumo de sustancias, VIH, imágenes de diagnóstico y otros expedientes relacionados con mi reclamo. Estos expedientes también pueden incluir expedientes no médicos y otra información relacionada con mi reclamo. Le doy permiso al DMHC para revisar estos expedientes e información, y enviarlos a mi plan. Mi permiso finalizará un año después de la fecha de abajo, excepto que lo permita la ley. Por ejemplo, la ley



## FORMULARIO DE ASISTENTE AUTORIZADO

Si quiere otorgarle permiso a otra persona para ayudar con su reclamo, complete las partes A y B a continuación.

Si es el padre, la madre o el tutor legal que envía este reclamo por un menor de 18 años, no es necesario que complete este formulario.

Si está presentando este reclamo por un afiliado que no puede completar el formulario dado que es incompetente o incapacitado, y usted tiene autoridad legal para actuar en nombre de este afiliado, complete solo la parte B. También adjunte una copia del poder legal para tomar decisiones médicas u otros documentos que indiquen que puede tomar decisiones en nombre del afiliado.

### PARTE A: AFILIADO

Le doy permiso a la persona nombrada abajo en la parte B para que me ayude con la presentación de mi reclamo ante el DMHC. Le doy permiso al personal del DMHC para que comparta información sobre mis afecciones y atención médicas con la persona nombrada a continuación. Esta información puede incluir tratamientos de salud mental, tratamientos o pruebas de VIH, tratamientos para el consumo de alcohol o drogas, u otra información de atención médica.

Entiendo que solo se compartirá información relacionada con mi reclamo.

Mi aprobación de esta asistencia es voluntaria y tengo derecho a finalizarla. Si deseo finalizarla, debo hacerlo por escrito.

Nombre del afiliado (en letra imprenta) \_\_\_\_\_

Firma del afiliado \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### PARTE B: PERSONA QUE ASISTE AL AFILIADO

Nombre de la persona que asiste (en letra imprenta) \_\_\_\_\_

Firma de la persona que asiste \_\_\_\_\_

Domicilio \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Nro. de teléfono de día \_\_\_\_\_

Nro. de teléfono de noche \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

- Se adjunta mi poder legal para decisiones de atención médica u otro documento legal (verificar si corresponde).

## **HOJA INSTRUCTIVA PARA FORMULARIO DE RECLAMO/QUEJA**

Si tiene preguntas, puede llamar al centro de ayuda al 1-888-466-2219 o al 1-877-688-9891 para TDD. Esta llamada es gratis.

Cómo presentarlo:

1. Preséntelo en línea en [www.dmhc.ca.gov](http://www.dmhc.ca.gov). [Es la manera más rápida].

Llene y firme el Formulario de reclamo por cancelación de cobertura médica.

2. Si quiere que otra persona ayude a presentar su reclamo, complete el Formulario de asistente autorizado.

3. Incluya los documentos solicitados en el Formulario de reclamo por cancelación de cobertura médica, como avisos de su plan médico, resúmenes de cuenta y prueba de pago.

4. Si no hace la presentación en línea, envíe el formulario por correo o fax, al igual que los documentos de respaldo a:

DEPARTMENT OF MANAGED HEALTH CARE  
HELP CENTER

980 9TH STREET, SUITE 500  
SACRAMENTO, CA 95814-2725  
FAX: 916-255-5241

¿Qué sucede a continuación?

El centro de ayuda le enviará una carta para indicarle si se aceptó su reclamo. Si se acepta el reclamo, se tomará una decisión sobre su problema en un plazo de 30 días. Le informarán por escrito la decisión.

## **ESTE AVISO ES OBLIGATORIO POR LEY**

### AVISO DE LEY DE PRÁCTICAS DE INFORMACIÓN DE 1977

La Ley de Prácticas de Información de 1977 (Código Civil de California, sección 1798.17) exige el siguiente aviso.

- \* La Ley Knox-Keene de California le otorga al DMHC la autoridad para regular los planes médicos e investigar los reclamos de los afiliados a los planes médicos.
- \* El centro de ayuda del DMHC usa su información personal para investigar su problema con el plan médico.
- \* Le entregó esta información al DMHC de forma voluntaria. No tiene la obligación de proporcionar esta información. Sin embargo, si no lo hace, el DMHC podría no ser capaz de investigar su reclamo.
- \* El DMHC podría compartir su información personal si es necesario con el plan y los proveedores para investigar su reclamo.
- \* El DMHC también podría compartir su información con otras agencias gubernamentales según lo exija o permita la ley.
- \* Tiene derecho a ver su información personal. Para hacerlo, comuníquese con el coordinador de solicitud de registros del DMHC, DMHC, Office of Legal Services, 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725, o llame al 916-322-6727.